



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE NO DF: DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DA ARTICULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Orientador: José Iturri de La Mata

Aluna: Kelly Cristtine Dias de Oliveira

Ceilândia – DF, Setembro/2012.



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE NO DF: DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DA ARTICULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília,
campus de Ceilândia, como requisito para obtenção
do título do grau de bacharel em Saúde Coletiva, no
1º semestre de 2012.

Ceilândia – DF, Setembro/2012.

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por tudo que me proporciona na vida.

Aos meus pais, pois confiaram em mim e me deram esta oportunidade de concretizar e encerrar mais uma caminhada da minha vida. Sei que eles não mediram esforços pra que este sonho se realizasse, sem o amor, compreensão, dedicação, ajuda e confiança deles nada disso seria possível hoje. A eles além da dedicatória desta conquista dedico a minha vida.

Ao meu esposo, por toda paciência, compreensão, carinho e amor, e por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer. Você foi à pessoa que compartilhou comigo os momentos de tristezas e alegrias. Além deste trabalho, dedico todo meu amor a você.

Aos meus amigos, que me apoiaram e que sempre estiveram ao meu lado durante esta caminhada

Ao meu orientador Iturri, que além da orientação proporcionou momentos de trocas de experiências e conhecimentos.

A estes dedico meu trabalho, sem a ajuda, confiança e compreensão de todos, este sonho não teria se realizado.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer a **DEUS**, o criador, que está acima de todas as coisas deste mundo. Concebendo sempre os nossos desejos e vontades.

Aos meus pais, **José e Izê**, pela confiança, amor, dedicação, cuidado e sabedoria. Aos meus irmãos **César e Ana Paula**, que sempre ao meu lado me ajudaram a ter forças para chegar até aqui.

Ao meu esposo, **Wellington**, por toda caminhada que fizemos juntos até o dia de hoje, e as pelas próximas que virão. Pela paciência, pela compreensão, e por sempre estar ao meu lado em todos os momentos fazendo o possível e impossível para que eu possa concretizar os meus sonhos e por me fazer feliz todos os dias ao saber que tenho alguém ao meu lado na caminhada da vida com que eu posso contar.

A todos os meus amigos e colegas do curso da Universidade de Brasília – campus Ceilândia, mas em especial pelos membros do curso de Saúde Coletiva, que com certeza plantaram um pedaço de si em meu coração e com os quais viverei momentos de luta pelo reconhecimento da importância do nosso papel na saúde e na sociedade. Mas, especialmente à **Pricilla**, pelas inúmeras caronas, mas principalmente por sempre escutar minhas histórias, minhas angústias e meus medos sempre me dando coragem para prosseguir, à **Kauane, Kétila, Laís e Mariana**, pela surpresa de ter encontrado em vocês pessoas tão maravilhosas, pelas trocas de experiências, pelo convívio, pelas alegrias e incertezas, pelos almoços, pelas comemorações, por todos esses momentos vividos e partilhados que fez com que tudo valesse a pena e que ficarão marcados em mim e enfim, por toda confiança que sempre depositaram em mim, obrigada pela amizade!

A todos os professores que terão o meu eterno agradecimento por toda dedicação e em especial ao meu orientador **Iturri**, por exigir de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer. Agradeço por transmitir seus conhecimentos e por fazer da minha monografia uma experiência positiva, por ter confiado em mim, sempre estando ali me orientando e dedicando parte do seu tempo a mim. Muito

Obrigada por tudo, pela paciência, pela amizade e pelos ensinamentos que levarei para sempre.

As enfermeiras do Hospital Regional da Ceilândia: **Lourdes, Gilsélia, Alkíria e Cecília** que foram facilitadoras do processo de pesquisa ao abraçarem este estudo como seus e por em todos os momentos que precisei estar à disposição para ajudar.

Quero deixar aqui o meu muito obrigado, sem todos vocês este trabalho não poderia ser concluído.

“Eu pedi Força e Deus me deu dificuldades para me fazer forte. Eu pedi sabedoria e Deus me deu Problemas para resolver. Eu pedi Prosperidade e Deus me deu Cérebro e Músculos para trabalhar. Eu pedi Coragem e Deus me deu Perigo para superar. Eu pedi Amor e Deus me deu pessoas com Problemas para ajudar. Eu pedi Favores e Deus me deu Oportunidades. Eu não recebi nada do que pedi, mas **eu recebi tudo de que precisava.**”

(Autor Desconhecido)

Sumário

I- Introdução.....	13
II- Marco Teórico	15
Política Nacional de Humanização	15
Acolhimento	15
Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)	16
Rede de Atenção de Saúde – RAS's	20
Modelos de Atenção à Saúde	21
Referência e Contra-Referência	23
Centros de Saúde da Ceilândia e a sua Cobertura Populacional	24
III- Objetivos.....	26
III- Objetivos.....	26
• Objetivo Geral	26
• Objetivo Específico	26
IV- Metodologia	27
V- Resultados e Discussão	31
VI- Considerações Finais	48
Referências Bibliográficas.....	50
ANEXO I – Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco do Pronto Socorro da Pediatria do Hospital Regional da Ceilândia.	52
ANEXO II – Comprovante do Protocolo de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.....	57

Índice de Tabelas

Tabela 1: Centros de Saúde de Ceilândia e sua cobertura populacional	25
Tabela 2: Número de Guia de Atendimento de Emergência (GAE) aberta e número de GAE's classificadas pelo ACR no PS da pediatria do HRC. Março/2012	31
Tabela 3: Número de GAE's classificadas no PS da Pediatria do HRC no período de 1º a 31 de Março de 2012, distribuídas por classificação recebida.	32
Tabela 4: Número de Crianças classificadas no nível de risco azul, distribuídas por recebimento ou não de atendimento médico, no PS da pediatria do HRC, março/2012.	33
Tabela 5: Tempo de Espera por Atendimento, segundo a Classificação de Risco recebida no PS da Pediatria do HRC no mês de Março de 2012.	34
Tabela 6: Crianças que buscaram atendimento médico e foram classificados no nível de risco azul, distribuídas por localidade de procedência no PS da pediatria do HRC no mês de março de 2012.	36
Tabela 7: Crianças classificadas com risco Azul que receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, segundo a R.A de procedência.	37
Tabela 8: Crianças classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, segundo a R.A de procedência.	38
Tabela 9: Usuários que NÃO receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, distribuídos de acordo com a busca ou não por atendimento em outro estabelecimento de saúde, até 30 dias após a busca por atendimento no HRC.	39
Tabela 10: Usuários residentes na Região Administrativa de Ceilândia que NÃO receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, distribuídos de acordo com a busca ou não por atendimento em outro estabelecimento de saúde, até 30 dias após a busca por atendimento no HRC.	40
Tabela 11: Usuários classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outro estabelecimento de saúde e conseguiram distribuídos por unidade de saúde, na qual obtiveram atendimento.	41
Tabela 12: Usuários residentes na Região Administrativa de Ceilândia classificados com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outro estabelecimento de saúde e conseguiram distribuídos por unidade de saúde, na qual obtiveram atendimento.	42
Tabela 13: Usuários da Ceilândia classificadas com risco Azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, no mês de março de 2012, distribuídos por CSC's de referência.	44

Tabela 14: Usuários classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outra unidade de saúde e não conseguiram distribuídos por unidade de saúde. 46

Tabela 15: Vínculo dos usuários que receberam atendimento médico no HRC com os CSC nos 30 dias subseqüentes. 46

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Usuários da Ceilândia classificadas com risco Azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, no mês de março de 2012, distribuídos por CSC's de referência.	45
Gráfico 2: – Usuários que buscaram atendimento nos CSC's distribuídos de acordo como CSC de referência de sua residência.....	45

Índice de Ilustrações

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos realizados pelo Acolhimento com Classificação de Risco ao usuário quando chega à unidade de Urgência e Emergência	18
Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	20
Figura 3: As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas.	23

Relação de Siglas

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACR – Acolhimento com Classificação de Risco

APS – Atenção Primária de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSC – Centro de Saúde da Ceilândia

DF – Distrito Federal

GAE – Guia de Atendimento de Emergência

HRC – Hospital Regional da Ceilândia

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

MS – Ministério da Saúde

PS – Pronto-Socorro

RA – Região Administrativa

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UUE – Unidade de Urgência e Emergência

RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nos Serviços de Urgência e Emergência é um dispositivo de gestão da Política Nacional de Humanização (PNH), no qual os usuários são classificados em quatro níveis de risco, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde e azul. Surgiu diante das dificuldades de lidar com a demanda nos serviços de atendimento de urgência, no qual há grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento somente pela hora da chegada. O presente estudo tem por objetivo contribuir para um diagnóstico da situação atual da articulação dos serviços de saúde entre os diversos níveis de complexidade na Rede de Atenção dos serviços de Atenção Básica e de urgência na Regional de Saúde de Ceilândia/DF, através de um levantamento exploratório sobre a proporção dos usuários provenientes de Ceilândia e classificados no nível azul de risco, após atendimento realizado pelo ACR no Pronto Socorro (PS) de Pediatria do Hospital Regional de Ceilândia/DF (HCR) no mês de Março/2012, que procuraram o Centro de Saúde (CS) indicado ou de referência, nos sete dias posteriores ao atendimento no CS da pediatria do HRC. Ao longo do estudo foi possível concluir que a articulação dos serviços de saúde na rede de atenção precisa ser fortalecida a medida que a população classificada no nível de risco azul não recebem uma contra-referência com garantia de atendimento, ficando assim sem assistência à saúde.

I- Introdução

A dificuldade de acesso e de organização para responder e modular a demanda aos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) faz com que os serviços de urgências e emergências hospitalares sejam frequentemente utilizados para problemas não urgentes, constituindo em importante porta de entrada da população ao sistema de saúde, o que resulta em grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser pela hora da chegada (BRASIL, 2009), sendo esse um fator agravante em alguns casos pelo não-atendimento no tempo adequado, sendo esses reflexos de uma atenção centrada na doença e não no sujeito e suas necessidades. (BRASIL, MS 2009)

Levantamento realizado em fevereiro/2012 pelo Projeto HumanizaDF da SES-DF analisando o Acolhimento e Classificação de Risco em todas as Unidades de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde (UUE/SES) mostra que de 65 a 70% dos atendimentos não são emergenciais: são pacientes classificados nas cores: verde, de baixa gravidade e azul, ausência de gravidade, com situações que devem ser atendidas nos centros de saúde, postos de saúde ou por equipes de saúde da família. (GDF, SES-DF, 2012).

Frente à necessidade de reorganização das portas de entrada das unidades de urgência e emergência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF) e para enfrentamento da superlotação foi priorizada a implantação dos dispositivos de Acolhimento e Classificação de Risco, ferramentas de gestão da atenção da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (BRASIL, MS 2009).

No Distrito Federal (DF) seguindo a Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde que propõe a implantação do acolhimento nas unidades de atendimento de urgências (BRASIL, MS 2002), está sendo implantado o acolhimento com classificação de risco em pelo menos uma das entradas dos hospitais, podendo ser elas: adulto/pediátrica ou gineco-obstetrícia. Atualmente o serviço funciona no Hospital de Base, além dos Hospitais Regionais de Ceilândia,

Taguatinga, Asa Norte, Planaltina, Sobradinho, Gama, Asa Sul, Brazlândia, Santa Maria, Paranoá, Guará e Samambaia, ou seja, em todas as portas de emergências hospitalares do DF.

De acordo com suas normas, a classificação de risco compromete-se com a responsabilização e resolutividade e, quando necessário orienta o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, estabelecendo articulações com esses para garantir a eficácia desses encaminhamentos, deixando de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.

O acolhimento com classificação de risco prioriza o atendimento de acordo com a gravidade de cada situação. Ao chegar à Emergência, a situação de saúde do usuário é avaliada e seu risco indicado por uma cor: a vermelha indica a necessidade de atendimento imediato; a amarela indica a necessidade de atendimento prioritário, ou seja, o mais rápido possível; a verde indica que o caso é menos grave, o usuário será atendido, mas seu caso pode esperar; a azul indica que não há gravidade, o usuário será atendido de acordo com horário de chegada e/ou poderá ser encaminhado para outra Unidade de Saúde de referência com garantia de atendimento (BRASIL, MS 2009). Para a garantia de atendimento em outra unidade de saúde é necessária uma articulação entre os diversos setores e níveis de atenção.

Este estudo foi realizado dois anos e sete meses após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), como forma de organizar o atendimento no PS da pediatria do HRC por níveis de risco, sendo uma intervenção realizada após o tempo de implantação e fase inicial dessa estratégia nessa unidade de saúde, que pretende avaliar a articulação entre os diversos serviços e níveis de complexidade de atenção a saúde, como componente de Acolhimento e Classificação de Risco do Projeto HumanizaDF da SES/DF.

II- Marco Teórico

Política Nacional de Humanização

A Humanização como política transversal é um conjunto de princípios e diretrizes que norteiam a operacionalização das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Tem como base sustentadora a troca de saberes entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde, incluindo os pacientes e seus familiares, o diálogo entre os profissionais e os modos de trabalhar em equipe, buscando estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. (BRASIL, MS 2004).

O aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Isso resulta em tomar a saúde como valor de uso tendo como padrão na atenção o vínculo com os usuários, a garantia dos direitos dos usuários e seus familiares, estimulando que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social. Além de promover melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações participando como co-gestores de seu processo de trabalho. (BRASIL, MS, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. É nesse contexto que surge o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (BRASIL, MS, 2009).

Acolhimento

O acolhimento no campo da saúde é uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com

responsabilização e na resolutividade dos serviços. Possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde. Diferencia-se da triagem, por se constituir numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL. MS, 2009)

Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)

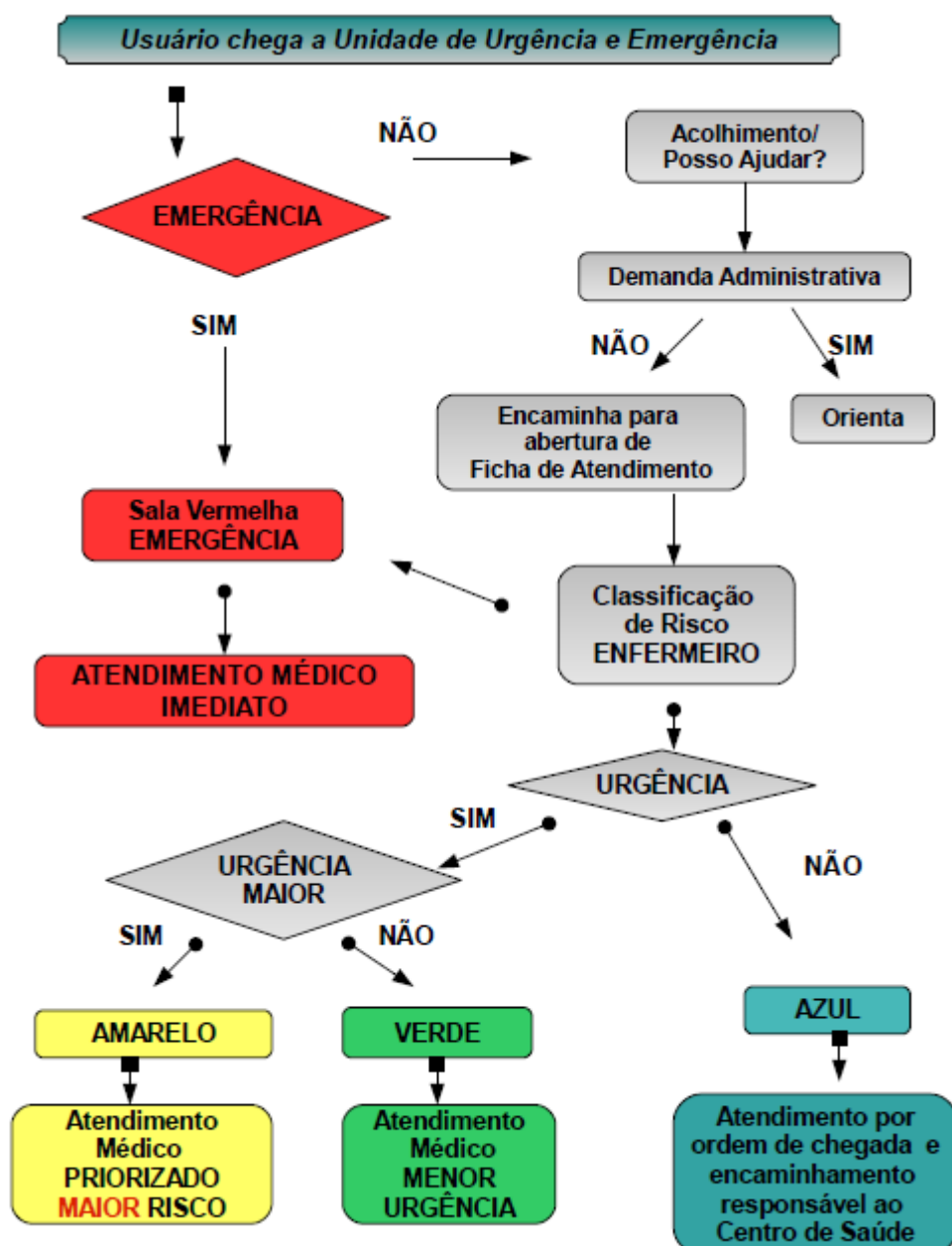
A avaliação de riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade. (BRASIL. MS, 2009)

A classificação de risco surge como uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (BRASIL. MS, 2009)

O Acolhimento com Classificação de Risco utiliza quatro níveis de risco para classificação dos usuários que buscam atendimento médico, sendo cada um dos níveis representados por uma cor: a vermelha indica a necessidade de atendimento imediato, pois há alto risco de morte para o usuário; a amarela indica a necessidade de atendimento prioritário, ou seja, o mais rápido possível; a verde indica que o caso é menos grave, o usuário será atendido, mas seu caso não é prioritário, pode esperar; a azul indica que não há gravidade, o usuário será atendido de acordo com

horário de chegada ou poderá ser encaminhado para outra Unidade de Saúde de referência com garantia de acesso. A figura abaixo mostra as dinâmicas de acolhimento realizadas com o usuário ao chegar a uma unidade de saúde de urgência e emergência que tenha o Acolhimento com Classificação de Risco implantado como norteador da organização do fluxo de atendimento.

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos realizados pelo Acolhimento com Classificação de Risco ao usuário quando chega à unidade de Urgência e Emergência



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.

A realização do acolhimento com classificação de risco isoladamente de outras estratégias não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo,

com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. (BRASIL, MS, 2009)

É necessário desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promover uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização (BRASIL, MS 2009).

A realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) não trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico. A classificação de risco é realizada por enfermeiro baseada em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. (BRASIL, MS 2009).

Os protocolos de classificação são instrumentos uteis e necessários que sistematizam a avaliação – que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem – e devem ter sempre respaldo médico. Promove uma facilidade na interação entre a equipe multiprofissional e valorização dos trabalhadores da urgência. É importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. (BRASIL, MS 2009).

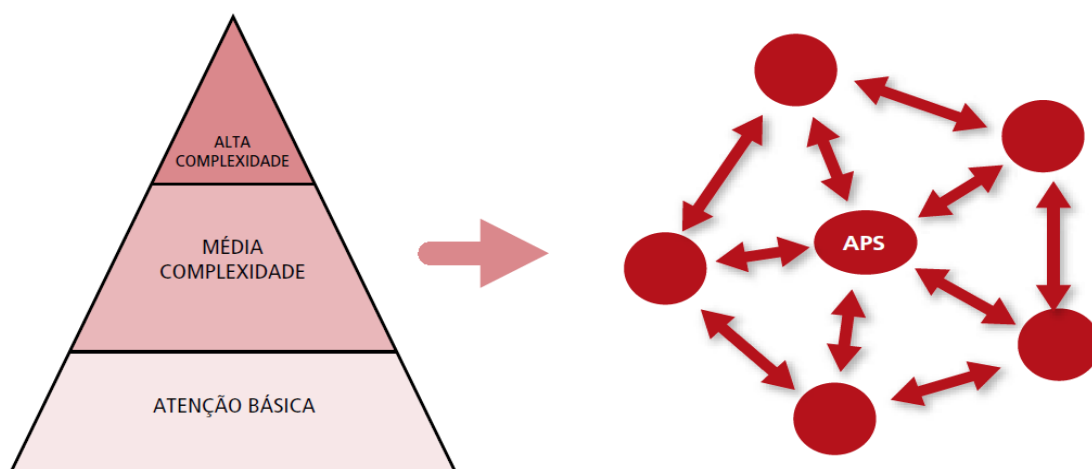
A redução do tempo de espera por atendimento é um dos resultados que a implantação da Política Nacional de Humanização busca atingir com a implantação do ACR (BRASIL, MS, 2012), sendo o tempo de espera uma variável de avaliação dessa política. É determinado de acordo com o nível de classificação de risco do usuário, como: Nível 1 – Vermelho o atendimento médico deve ser imediato ou em até 15 minutos, Nível 2 - Amarelo é necessário uma avaliação médica em até 30 minutos, Nível 3 – Verde o usuário pode aguardar por uma avaliação médica por até uma hora, e Nível 4 – Azul a avaliação médica pode ser realizada por ordem de chegada, não tendo um tempo máximo para atendimento ou pode ser encaminhado por escrito a outro centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Rede de Atenção de Saúde – RAS's

As Redes de Atenção a Saúde (RAS's), correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede. Dentre suas características a da conectividade é a que mais se destaca, pois estar conectado em rede implica exatamente nos processos de troca, de interferência, de contágio, no qual todos os sujeitos devem estar envolvidos, sendo eles: gestores, trabalhadores de saúde, usuários e todos os cidadãos.

As RAS's têm a concepção de hierarquia substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS's não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, ou seja, o nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. (MENDES, 2011)

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011.

A APS não é o nível de atenção que abrange as práticas menos complexas que os cuidados ditos de média e alta complexidade. Ela deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é nela que se situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS. (MENDES, 2011).

As RAS's estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde), que não necessariamente segue a ordem crescente dos níveis de atenção, mas também ocorrem na ordem decrescente, e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição). (MENDES, 2011).

Modelos de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS's, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, são definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011).

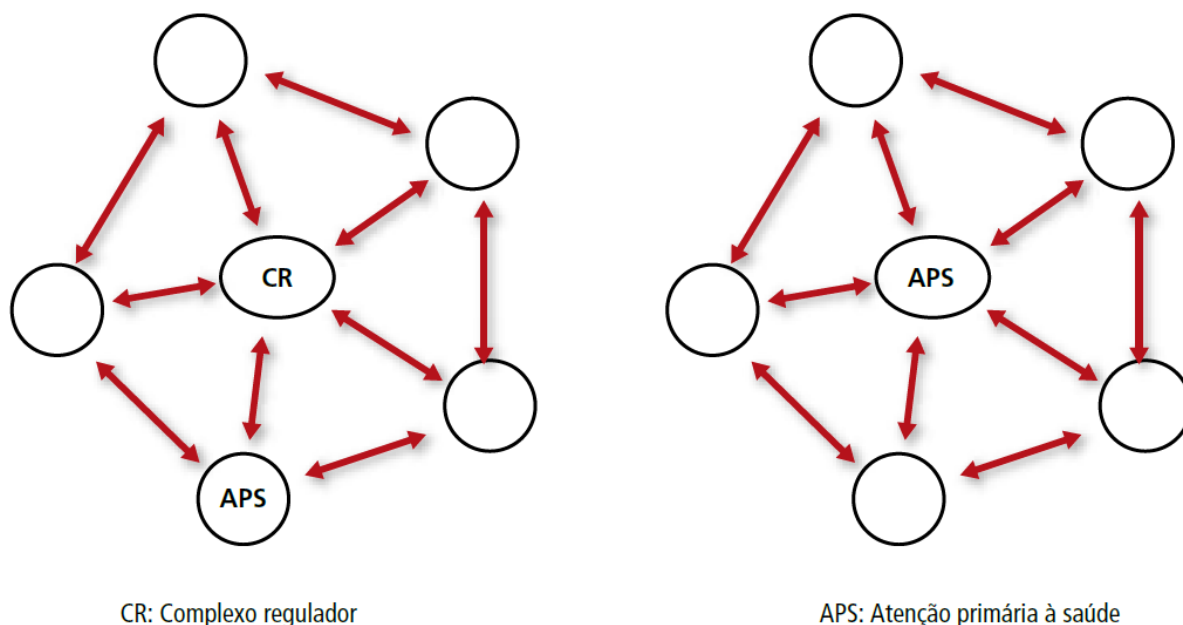
A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde

dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Atualmente há duas tipologias de modelos de atenção à saúde, na qual uma está voltada para às condições crônicas e a outra às condições agudas, que variam em função da natureza singular dessas condições de saúde. (MENDES, 2011).

O modelo de atenção voltado para as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. O modelo de atenção voltado às condições agudas prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e emergências. (MENDES, 2011).

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da APS e na forma de regulação. Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RAS's, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas redes de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes. (MENDES, 2011) E o Complexo Regular ordena a rede, através da classificação de risco.

Figura 3: As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas.



Fonte: MENDES, 2011.

A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de risco é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, nas RAS's, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, filas enormes e que estão, permanentemente na mídia nacional. (MENDES, 2011)

Referência e Contra-Referência

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos

serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (FRATINI, 2008)

O que se observa no cotidiano das unidades de saúde é que, rotineiramente, a referência e contra-referência não ocorrem, ficando o usuário solto no sistema, sem possibilidades de acompanhamento do seu estado de saúde de maneira integral, tendo que os usuários buscarem, por conta própria, os serviços e procedimentos que achar que convém, e onde for possível o atendimento de que necessita.

Centros de Saúde da Ceilândia e a sua Cobertura Populacional

O Centro de Saúde (CS) é um estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados com ação voltada tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade.

Os CS de uma regional de saúde são responsáveis pela cobertura de uma área populacional, a qual é distribuída de acordo com a localidade do CS buscando assim abranger a população mais próxima que esteja ao redor da localidade facilitando assim o acesso. A tabela abaixo mostra a população da Região Administrativa (RA) da Ceilândia distribuída pelos 11 Centros de Saúde.

Tabela 1: Centros de Saúde de Ceilândia e sua cobertura populacional

CSC's	População Coberta	Porcentagem
CSC 02	27.000	6,79%
CSC 03	44.800	11,27%
CSC 04	25.000	6,29%
CSC 05	49.000	12,32%
CSC 06	24.400	6,14%
CSC 07	29.000	7,29%
CSC 08	47.000	11,82%
CSC 09	40.000	10,06%
CSC 10	38.000	9,56%
CSC 11	42.400	10,66%
CSC 12	31.000	7,80%
TOTAL	397.600	100%

Fonte: Dados fornecidos pela diretoria administrativa dos Centros de Saúde de Ceilândia.

A divisão de cobertura populacional não é uniforme, resultando em quantidade populacional maiores em alguns CS e menores em outros, assim como ocorre na RA de Ceilândia.

De acordo com a Pesquisa de Distrito por Amostra de Domicílios (PDAD, 2010/2011) a população geral da Região Administrativa da Ceilândia é de 398.374 habitantes, é o número de habitantes que recebem a cobertura de algum CS nessa localidade é de 397.600, isso ocorre, pois o controle da quantidade populacional coberta pelos CS são feitas pelo próprio CS que realizam a atualização de dados, como: nascimentos, óbitos e mudanças, dentre outros fatores que podem modificar a quantidade populacional.

III- Objetivos

- **Objetivo Geral**

O presente estudo tem por objetivo contribuir para um diagnóstico da situação atual da articulação dos serviços de saúde entre os diversos níveis de complexidade na Rede de Atenção dos serviços de Atenção Básica e de urgência na Regional de Saúde de Ceilândia/DF.

- **Objetivo Específico**

Descrever a procura do Centro de Saúde indicado pelo Acolhimento com Classificação de Risco de usuários provenientes de Ceilândia atendidos no Pronto Socorro de Pediatria do HRC/DF e classificados como de categoria azul de risco no mês de Março/2012, nos sete dias e nos 30 dias posteriores à busca por atendimento nos serviços de Pronto Socorro Pediátrico do HRC.

IV- Metodologia

Este estudo caracteriza-se em primeiro momento como exploratório, visto que buscou conhecer os possíveis espaços que poderiam estar inseridos na realização da pesquisa de campo, para assim poder definir os meios e recursos a serem utilizados para a sua concretização e a sua real viabilidade. É de caráter descritivo, ao utilizar-se da observação do espaço e do processo de relacionamento e trabalho entre profissional-paciente, profissional-profissional e as técnicas e normas utilizadas no momento da realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). É ainda, quantitativo, avaliativo com enfoque na avaliação normativa.

O estudo tem como campo de pesquisa o Pronto Socorro (PS) da Pediatria do Hospital Regional da Ceilândia (HRC), por essa ser uma unidade de assistência as urgências, estando aberta 24 horas por dia e por ser o local onde se realiza o ACR. O ACR é realizado após a abertura da Guia de Atendimento de Emergência (GAE), a qual é aberta para todos os usuários no momento que buscam atendimento, sendo realizada diariamente por 24 horas.

A amostra são todas as crianças atendidas no Pronto-Socorro (PS) da Pediatria do Hospital Regional da Ceilândia (HRC) no período do mês de março de 2012 que foram classificadas na categoria azul pelo ACR, tendo como localidade de residência a Região Administrativa de Ceilândia e que possuía Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) registrado no Sistema Integrado de Saúde TRAKCARE, sendo assim não foi realizada nenhuma pesquisa a pacientes com prontuários manuais, visto que desde o ano de 2011, com a implantação da informatização na Regional de Saúde de Ceilândia todos os registros de busca por atendimento e procedimentos realizados com o paciente em qualquer unidade de saúde dessa regional são registrados no PEP.

No Hospital Regional da Ceilândia (HRC) o ACR é realizado desde 2009 e até agosto de 2012 funcionou em todos os dias da semana das 7h às 22h. Foi implantado por meio de uma determinação que veio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), sendo o primeiro hospital do Distrito Federal (DF) a concretizar esse projeto, cabendo-lhe o desafio de formalizar e padronizar o

processo, para que esse pudesse servir de modelo para os demais hospitais, assim baseando-se no protocolo de ACR de Fortaleza/CE, por ser o que mais se aproximava da realidade da pediatria do HRC daquele momento, apresentando situações semelhantes, foi elaborado um protocolo específico para a classificação de risco na pediatria do HRC (vide anexo I), para assim ser um orientador na prática da classificação de risco. Além do protocolo são realizadas no HRC oficinas de sensibilização para todos os profissionais de saúde do DF, que fazem parte de alguma equipe de ACR.

O ACR fica registrado no sistema da intranet da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) denominado Trakcare, que contém todas as informações cadastrais e as informações referentes ao cuidado dispensado aos usuários. O Trakcare encontra-se implantado em todos os serviços hospitalares do DF.

A pesquisa utilizou o Trakcare e a equipe de enfermagem do HRC como fonte de busca de dados demográficos básicos, como: nome completo, data de nascimento, sexo, endereço e cidade onde reside. E dados relacionados ao registro de busca a serviços de saúde, que tem como variáveis: número do SES, ou seja, código do cadastro do usuário no prontuário eletrônico, data em que buscou o atendimento, classificação de risco recebida, local onde foi realizada a classificação, se recebeu atendimento médico, local e data do atendimento médico, horário de abertura do prontuário, horário de alta, Centro de Saúde de referência de acordo com a localidade de residência, diagnóstico registrado, prescrição de medicamentos, procedimentos e exames realizados, no caso do paciente ter recebido atendimento médico, informação sobre o encaminhamento do usuário classificado na cor azul para um CS e/ou sobre a eventual resolução do problema no próprio PS, registro de atendimento em um CS nos 7 dias que sucederam a sua passagem pelo PS da pediatria do HRC, e a continuidade do vínculo com o CS nos 30 dias, tanto daqueles que não receberam atendimento no PS como dos que receberam. Sendo apresentadas as frequências de cada uma dessas variáveis e as proporções em relação ao total de usuários classificados em risco azul e ao total de encaminhados a Centros de Saúde.

Foi realizado uma busca de endereço de residência, no TrakCare através do cadastrado de cada usuário que buscou atendimento no PS da pediatria do HRC e foi classificado pelo ACR como risco azul no mês de março de 2012, com o intuito de distribuí-los nos CSC's de referência de acordo com o endereço de residência e a área de abrangência de cada CS, visando buscar de qual CSC vinha a maior parte dos usuários que procuram atendimento no HRC. No momento em que a pesquisa foi desenvolvida somente a Regional de Saúde de Ceilândia estava completamente informatizada, com o hospital e os Centros de Saúde utilizando o TrakCare, nas demais regionais de saúde somente os hospitais tinham passado por esse processo de implantação e uso do TrakCare como sistema de informatização da Secretaria de Saúde do DF.

O presente estudo foi aprovado sob o número de parecer 175/2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Fundação de Ensino e Pesquisas em Ciências da Saúde.

Estabeleceu-se como proposta os seguintes critérios de inclusão: crianças moradoras da Região Administrativa (RA) de Ceilândia atendidas no PS/Pediatria do HRC no período de março, classificadas com nível "azul" de risco e cujo atendimento tenha sido registrado no Sistema Integrado de Saúde TrakCare da SES/DF. Os critérios de exclusão foram: crianças moradoras de outras RAs do DF; atendimentos que não tenham sido registrados no Sistema TrakCare.

Os possíveis vieses de pesquisa estão interligados ao uso do TrakCare da SES/DF, devido aos seguintes fatores: Deficientes não se encaixam em nenhuma das classificações, sendo classificados no sistema apenas com um sinalizador que lhe dá preferência no atendimento e não sendo assim computada a classificação de risco que receberam, a queda de energia e/ou do sistema operacional faz com que a abertura da Guia de Atendimento e os registros de atendimentos sejam feitos manualmente, para que quando voltar a funcionar sejam passados para o sistema, porém não há uma segurança de que todos foram repassados para o sistema, pois cabe aos atendentes de balcão que abrem a GAE de repassá-la para o sistema informatizado e o médico fica responsável por registrar no sistema os atendimentos que realizou; a duplicidade de cadastros foi um problema no início da implantação,

porém já há profissionais que fazem a busca desses cadastros e junção dos mesmos, e medidas como a consulta pelo nome completo e data de nascimento, além do pedido nas unidades básicas de saúde de um documento pessoal e comprovante de residência para abertura do PEP, sendo essas medidas implantadas para evitar o acúmulo de mais de um cadastro para a mesma pessoa. Esses vieses não interferem não atrapalharam a coleta, a medida que não houve relatos de ocorrência desses erros no mês de março de 2012 e por a amostra disponível ser significativa.

V- Resultados e Discussão

Os dados apresentados nessa pesquisa foram buscados no Trakcare, com exceção da tabela 2 e 5 que são dados fornecidos por estatísticas realizadas pela gerência de enfermagem do HRC.

A tabela abaixo confeccionada com dados fornecidos pela equipe de enfermagem do HRC mostra a quantidade e porcentagem de usuários que buscaram o atendimento no PS da pediatria do HRC e quantos desses passaram pela classificação de risco no mês de março, tendo a finalidade de mostrar o grupo de usuários que buscam atendimento médico no PS da pediatria do HRC e não passam pela classificação de risco.

Tabela 2: Número de Guia de Atendimento de Emergência (GAE) aberta e número de GAE's classificadas pelo ACR no PS da pediatria do HRC. Março/2012

Tipo de GAE	Quantidade	Porcentagem
GAE's classificadas:	5788	76,63%
GAE's não-classificadas	1765	23,36%
TOTAL GAE's abetas	7553	100%

Fonte: Dados fornecidos pela Gerência de enfermagem do HRC, Março/2012

Observa-se que de um universo de 7553 buscas por atendimento, 1765 (23,36%) dos usuários não passaram pelo ACR, podendo os mesmos ter buscado atendimento em horários que não há realização de ACR ou por algum motivo ter desistido de aguardar o atendimento nesse hospital após a abertura da Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

Segue abaixo uma tabela com a quantidade de usuários que passaram pelo ACR no mês de Março de 2012, distribuídos segundo a classificação de risco recebida, sendo os dados dessa retirados do sistema TrakCare.

Tabela 3: Número de GAE's classificadas no PS da Pediatria do HRC no período de 1º a 31 de Março de 2012, distribuídas por classificação recebida.

Classificações do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR):		
Emergência (VERMELHO)	58	0,98%
Urgência (AMARELO)	622	10,55%
Menor Urgência (VERDE)	4.931	83,67%
Encaminhar CS (AZUL)	236	4,00%
SUBTOTAL DO ACR	5.847	99,20%
TOTAL	5.893	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Segundo a classificação de risco realizada no mês de março, pode-se ver que o verde e o amarelo são os maiores grupos de classificação, seguido pelo azul, que é o grupo alvo da pesquisa e por último o vermelho que é o grupo de classificação com menor quantidade de usuários.

O grupo de classificação do nível azul no PS da pediatria do HRC obteve 236 crianças classificadas, as quais de acordo com as normas do ACR devem receber a orientação de que a avaliação médica será realizada por ordem de chegada e quando não houver usuários classificados nos outros níveis de risco aguardando por atendimento e então recebem encaminhamento por escrito a um centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento. No momento da pesquisa o PS da Pediatria do HRC não tinha essa articulação com a rede de ABS e o encaminhamento era feito somente como orientação, mas não com garantia de atendimento médico, porém assim como preconizado nas normas esse encaminhamento deveria ser pactuado, como uma forma de criação de vínculo e responsabilização com a saúde da população. Alguns profissionais defendem que se houver esse encaminhamento com garantia de atendimento médico o PS pode se tornar um local de busca de encaminhamento para se ter acesso garantido ao atendimento médico, porém se a organização do serviço tiver a ABS como porta de entrada com disponibilização de recursos físicos, materiais e profissionais adequados para atender toda a demanda não será necessário ir a um Pronto-Socorro pegar um encaminhamento com garantia de atendimento, pois o mesmo já

aconteceria no CS que teria uma agenda aberta para casos urgentes de problemas de saúde de baixa complexidade que não podem aguardar uma marcação de consulta.

A tabela 4 mostra o número de crianças que foram classificadas como nível de risco azul no PS da pediatria do HRC, distribuídos conforme a obtenção ou não de atendimento médico nessa unidade de serviço.

Tabela 4: Número de Crianças classificadas no nível de risco azul, distribuídas por recebimento ou não de atendimento médico, no PS da pediatria do HRC, março/2012.

Atendimento Médico	Quantidade	Porcentagem
SIM	26	11,02%
NÃO	210	88,98%
TOTAL	236	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Do total de 236 crianças classificadas como nível de risco azul, 26 foram atendidas na Pediatria do HRC e as outras 210 crianças, de acordo com os registros no TrakCare foram orientadas a procurar atendimento em Centros de Saúde, porém essa orientação não é válida como forma de garantia de atendimento médico.

A tabela 5 mostra uma estatística realizada pela equipe de enfermagem do HRC no mês de março/2012 em relação ao tempo de espera por atendimento que o usuário teve de aguardar no PS da pediatria. Esse é uma diretriz da Política Nacional de Humanização que visa minimizar ao máximo a espera por atendimento.

Nessa tabela a estatística é feita por uma amostragem de dias escolhidos aleatoriamente. As desistências de atendimento são contabilizados na linha “SEM PREVISÃO”.

Tabela 5: Tempo de Espera por Atendimento, segundo a Classificação de Risco recebida no PS da Pediatria do HRC no mês de Março de 2012.

Tempo de Espera	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CR)				
	PEDIATRIA				
	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	Total
Até 30min.	20	108	45	1	174
1h	0	54	114	2	170
1h30	0	19	62	0	81
2h	0	9	68	0	77
2h30	0	1	49	0	50
3h	0	0	119	0	119
3h30	0	2	86	0	88
4h	0	0	307	0	307
4h30	0	1	50	0	51
5h	0	0	152	0	152
5h30	0	1	67	0	68
6h	0	0	141	0	141
6 -8h	0	0	105	0	105
8-10h	0	0	58	0	58
SEM PREVISÃO	0	0	238	171	409
TOTAL	20	195	1661	174	2050

Fonte: Estatística realizada pela gerência de enfermagem do HRC.

Se comparado o tempo dessa tabela com o tempo preconizado pelo protocolo de classificação de risco do acolhimento com classificação de risco utilizado no HRC, pode-se inferir que os usuários classificados como risco vermelho que é emergência todos foram atendidos em até 30 minutos e o ideal seria imediato ou até 15 minutos; na classificação amarela de urgência os usuários deveriam ter sido atendidos em até 30 minutos e em 55% dos casos foram atendidos dentro desse

prazo e uma média de 27% aguardaram até uma hora por atendimento, porém houve espera de até 5h e 30 min para usuários classificados nesse nível; na classificação verde que indica menor urgência os usuários devem ser atendidos em até uma hora, porém somente 9,6% desses casos foram atendidos em até uma hora os demais esperaram por até 10 horas de atendimento e outros ainda ficaram sem previsão de atendimento ou desistiram de aguardar, na classificação azul 3 crianças foram atendidas com menos de 1 hora aguardando e as demais 171 ficaram aguardando atendimento por mais de 10 horas, porém se houvesse uma pactuação na rede de atenção todas essas crianças poderiam ter sido atendidas no CS mais próximo de sua residência com garantia de atendimento.

Foi realizada uma busca da cidade de procedência das crianças que receberam a classificação azul, pois como elas são orientadas a procurar um Centro de Saúde (CS) elas devem ir até ao CS que abrange a área de sua residência.

Na tabela abaixo, encontra-se a localidade de procedência das crianças que buscaram atendimento no PS da pediatria do HRC durante o mês de março e receberam classificação Azul. Nesse momento da pesquisa 7 crianças foram excluídas, devido não constar no seu cadastro no TrakCare o endereço de residência, impossibilitando a análises dos dados que necessariamente precisam da localidade da moradia.

Tabela 6: Crianças que buscaram atendimento médico e foram classificados no nível de risco azul, distribuídas por localidade de procedência no PS da pediatria do HRC no mês de março de 2012.

Localidade de Procedência	Usuários	Porcentagem
CEILÂNDIA	171	72,46%
GÓIAS	21	8,90%
TAGUATINGA	18	7,63%
SAMAMAIA	12	5,08%
RECANTO DAS EMAS	04	1,69%
BRAZLÂNDIA	02	0,85%
VICENTE PIRES	01	0,42%
NÃO DECLAROU	07	2,97%
TOTAL	236	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

A localidade de procedência da maioria das crianças é a própria RA de Ceilândia, já que o hospital tem suas instalações nessa localidade e o público alvo é essa comunidade. Em seguida a região que mais demanda serviços no HRC é o estado de Góias, especificamente das cidades do entorno como Águas Lindas e Girassol, seguida por Taguatinga, valendo ressaltar que todos os usuários dessa última R.A. tinham como localidade de residência o bairro M'Norte, sendo que o mesmo tem a sua localização mais próximo do HRC de que do Hospital Regional de Taguatinga, o qual faz a cobertura dessa área.

Na tabela a seguir é possível ver quantas das crianças que receberam classificação azul e que foram atendidas, tinham procedência da R.A de Ceilândia e quantas eram de demais localidades.

Tabela 7: Crianças classificadas com risco Azul que receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, segundo a R.A de procedência.

Atendimento	Quantidade	Porcentagem
Ceilândia	16	61,53%
Outras Localidades	10	38,47%
• Taguatinga	06	23,08%
• Águas Lindas de Goiás	03	11,54%
• Vicente Pires	01	3,85%
TOTAL	26	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Das crianças classificadas como risco Azul, 26 receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, porém nem todas que receberam o atendimento eram da Região Administrativa (RA) de Ceilândia/DF, algumas vinham de outras localidades do DF e do Goiás.

A tabela 8 mostra quantas das crianças que receberam classificação azul e não foram atendidas no PS da pediatria do HRC, tinham como procedência a R.A de Ceilândia e quantas eram de demais regiões.

Tabela 8: Crianças classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, segundo a R.A de procedência.

Atendimento	Quantidade	Porcentagem
Ceilândia	155	73,81%
Outras Localidades:	48	22,86%
• Águas Lindas de Goiás	17	8,09%
• Brazlândia	02	0,95%
• Girassol	01	0,48%
• Recanto das Emas	04	1,90%
• Samambaia	12	5,71%
• Taguatinga	12	5,71%
Exclusões	07	3,33%
TOTAL	210	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

A maior parte das crianças que foram classificadas como nível de risco azul tinham procedência em Ceilândia, porém um número significativo representado por 22,86% das crianças tinham como localidade de residência outras RA's do DF e cidades de Goiás.

A tabela abaixo mostra que dos 210 usuários classificados no risco azul que buscaram atendimento médico no PS da pediatria do HRC e não obtiveram, apenas 45 buscaram atendimento em outras unidades de saúde (Hospitais e Centros de Saúde), e 158 usuários (75,24%) não buscaram atendimento em nenhuma outra unidade de saúde, nos 30 dias subsequentes a busca por atendimento na unidade pediátrica do HRC.

A tabela abaixo mostra que dos 210 usuários classificados no risco azul que buscaram atendimento médico no PS da pediatria do HRC e não obtiveram, apenas 45 buscaram atendimento em outras unidades de saúde (Hospitais e Centros de Saúde), sendo que 42 tiveram êxito na sua busca, recebendo o atendimento médico, porém 158 usuários (75,24%) não buscaram atendimento em nenhuma outra unidade de saúde.

Tabela 9: Usuários que NÃO receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, distribuídos de acordo com a busca ou não por atendimento em outro estabelecimento de saúde, até 30 dias após a busca por atendimento no HRC.

Atendimento Médico	Quantidade	Porcentagem
Buscaram atendimento em outra Unidade de Saúde:	45	21,42%
• Foram Atendidos	42	20%
• Não foram Atendidos	03	1,42%
Não buscaram atendimento em nenhuma outra Unidade de Saúde	158	75,24%
Excluídos	07	3,33%
TOTAL	210	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Segundo a tabela 10 dos usuários classificados no risco azul que buscaram atendimento médico no PS da pediatria do HRC no mês de março e não obtiveram, que tinha como localidade de residência a R.A de Ceilândia, que totaliza 171, desses 41 buscaram atendimento em outra unidade de saúde e 130 não buscaram atendimento em nenhum outro estabelecimento de saúde.

Tabela 10: Usuários residentes na Região Administrativa de Ceilândia que NÃO receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, distribuídos de acordo com a busca ou não por atendimento em outro estabelecimento de saúde, até 30 dias após a busca por atendimento no HRC.

Atendimento Médico	Quantidade	Porcentagem
Buscaram atendimento em outra Unidade de Saúde:	41	23,98%
• Foram Atendidos	39	22,80%
• Não foram Atendidos	02	1,17%
Não buscaram atendimento em nenhuma outra Unidade de Saúde	130	76,02%
TOTAL	171	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Através da tabela a seguir é possível visualizar que dos 45 usuários que buscaram atendimento em outra unidade de saúde 32 optaram por buscar atendimento médico nos Centros de Saúde e 13 em outros hospitais regionais. Dos que buscaram o Centro de Saúde 26 usuários receberam o atendimento até o 7º dia posterior a procura no HRC e 06 foram atendidos entre o 8º e 30º dia. Os usuários que buscaram outros hospitais foram até os 7 primeiros dias após a busca no PS da Pediatria do HRC. É ressaltado que 5 usuários que tentaram atendimento médico no HRC e não conseguiram, persistiram e foram atendidos, porém não foi no dia que recebeu a classificação azul, foi em dias posteriores, nos quais a sua classificação divergia da azul.

Tabela 11: Usuários classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outro estabelecimento de saúde e conseguiram distribuídos por unidade de saúde, na qual obtiveram atendimento.

LOCAL	QUANTIDADE		TOTAL	%
Hospitais:	Até 7 dias	De 8 à 30 dias		
Hospital Regional de Brazlândia – HRB	03	-	03	7,14%
Hospital Regional da Asa Norte – HRAN	01	-	01	2,38%
Hospital Regional da Asa Sul	01	-	01	2,38%
Hospital Regional de Ceilândia – HRC	05	-	05	11,90%
Hospital Regional de Taguatinga – HRT	03	-	03	
SUBTOTAL	13	0	10	23,81%
Centros de Saúde de Ceilândia (CSC):	Até 7 dias	De 8 à 30 dias		
CSC 03	03	1	04	9,52%
CSC 04	01	-	01	2,38%
CSC 05	09	1	10	23,81%
CSC 06	01	1	02	4,76%
CSC 07	02	-	02	4,76%
CSC 08	-	2	02	4,76%
CSC 11	01	-	01	2,38%
CSC 12	09	1	10	23,81%
SUBTOTAL	26	06	32	76,19%
TOTAL	39	06	45	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Dos 39 usuários residentes na Ceilândia que não conseguiram atendimento médico no PS da pediatria do HRC 07 buscaram atendimento em outros hospitais nos 7 dias subseqüentes, e 33 usuários buscaram atendimento no CS sendo que 26 buscaram atendimento até o 7º dia subseqüente e 06 buscaram do 8º ao 30º dia.

Tabela 12: Usuários residentes na Região Administrativa de Ceilândia classificados com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outro estabelecimento de saúde e conseguiram distribuídos por unidade de saúde, na qual obtiveram atendimento.

LOCAL	QUANTIDADE		TOTAL	%
Hospitais:	Até 7 dias	De 8 à 30 dias		
Hospital Regional de Brazlândia – HRB	01	-	01	2,56%
Hospital Regional da Asa Norte – HRAN	01	-	01	2,56%
Hospital Regional de Ceilândia – HRC	05	-	05	12,83%
SUBTOTAL	07	0	07	17,95%
Centros de Saúde de Ceilândia (CSC):	Até 7 dias	De 8 à 30 dias		
CSC 03	03	1	04	10,26%
CSC 04	01	-	01	2,56%
CSC 05	09	1	10	25,64%
CSC 06	01	1	02	5,13%
CSC 07	02	-	02	5,13%
CSC 08	-	2	02	5,13%
CSC 11	01	-	01	2,56%
CSC 12	09	1	10	25,64%
SUBTOTAL	26	06	32	82,05%
TOTAL	33	06	39	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Do total 236 usuários classificados como azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, 210 não receberam atendimento médico, destes 45 decidiram buscar atendimento em outras unidades de saúde, tais como hospitais e Centros de Saúde, porém 158 usuários não buscaram nenhum outro tipo de assistência em lugar algum, ficando assim desprovidos de atendimento pelo serviço de saúde. Dos 45 que decidiram buscar atendimento em outro estabelecimento de saúde 33 foram a CSC's, dos quais a maior parte representada por 25 usuários (76%), buscaram o atendimento em até 7 dias após terem ido ao PS da pediatria do HRC, mostrando assim que há um potencial de organização do serviço à medida que quando os usuários buscam o CS, a maior parte vai até o de referência de acordo com a localidade de sua residência.

A tabela abaixo mostra a distribuição dos usuários que buscaram atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que eram residentes da Ceilândia e foram classificados como nível de risco azul, distribuídos por CSC's de referência.

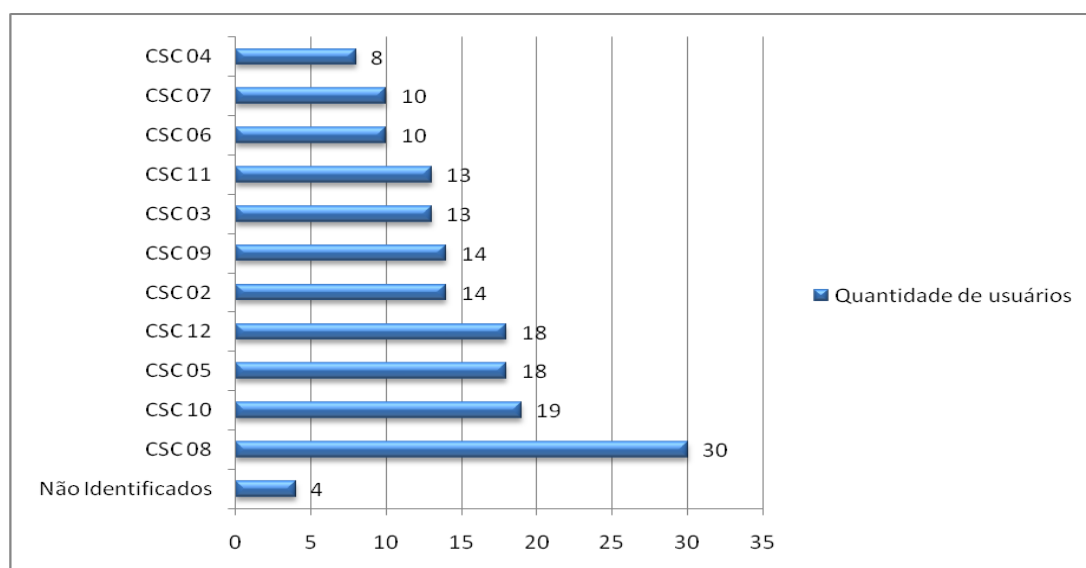
Tabela 13: Usuários da Ceilândia classificadas com risco Azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, no mês de março de 2012, distribuídos por CSC's de referência.

CSC's	Quantidade	(%)
CSC 02	14	8,19%
CSC 03	13	7,60%
CSC 04	8	4,68%
CSC 05	18	10,53%
CSC 06	10	5,85%
CSC 07	10	5,85%
CSC 08	30	17,54%
CSC 09	14	8,19%
CSC 10	19	11,11%
CSC 11	13	7,60%
CSC 12	18	10,52%
Não Identificados	4	2,34%
TOTAL	171	100%

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Regional da Ceilândia, Abril/2012.

Através do gráfico abaixo é possível visualizar que o maior número de usuários que buscaram atendimento no PS da pediatria do HRC tem como Centro de Saúde de Referência o CSC 08, com 30 usuários do total de 171 que residem na R.A. de Ceilândia, seguido pelo CSC 10 com 19 usuários e pelo CSC 05 e CSC 12 com 18 usuários cada.

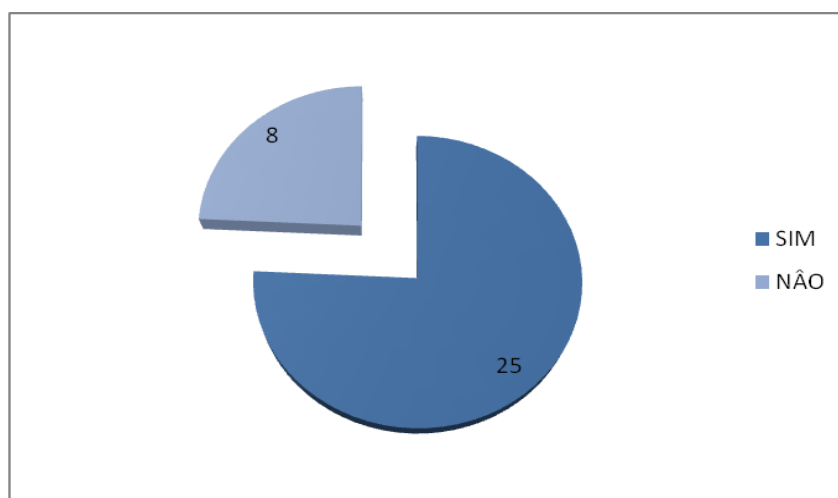
Gráfico 1: Usuários da Ceilândia classificados com risco Azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, no mês de março de 2012, distribuídos por CSC's de referência.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Regional da Ceilândia, Abril/2012.

O gráfico a seguir mostra que dos 33 usuários de Ceilândia que buscaram atendimento em Centros de Saúde da Ceilândia, 25 foram no CSC de referência da sua residência e 8 usuários recorreram a atendimento em CSC's que não eram o de cobertura da sua residência.

Gráfico 2: – Usuários que buscaram atendimento nos CSC's distribuídos de acordo como CSC de referência de sua residência.



Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Alguns dos usuários que não obtiveram atendimento no HRC e buscaram em outro estabelecimento de saúde também não conseguiram, sendo no total quatro o número de usuários que não tiveram êxito na busca por atendimento médico na rede pública de saúde, podendo os mesmos ter recorrido às clínicas particulares.

Tabela 14: Usuários classificadas com risco Azul que não receberam atendimento médico no PS da pediatria do HRC, que buscaram atendimento em outra unidade de saúde e não conseguiram distribuídos por unidade de saúde.

LOCAL	QUANTIDADE
Hospital Regional de Taguatinga - HRT	03
Hospital Regional da Asa Sul – HRAS	01
TOTAL	04

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

A tabela abaixo mostra o vínculo dos usuários que receberam atendimento médico com o centro de saúde.

Tabela 15: Vínculo dos usuários que receberam atendimento médico no HRC com os CSC nos 30 dias subseqüentes.

Vínculo com CSC's	Quantidade	Porcentagem
SIM	01	6,25%
NÃO	15	93,75%
TOTAL	16	100%

Fonte: Sistema Trakcare, março/2012.

Dos 16 usuários residentes na Ceilândia que buscaram atendimento no PS da Pediatria do HRC e foram classificados como risco azul e atendidos no PS da pediatria do HRC, somente um buscou atendimento no CSC nos 30 dias subseqüentes, sendo que o CSC procurado foi o de referência da sua residência, o que mostra que devido o modelo de atenção a saúde predominante no DF atualmente ser voltado para as doenças agudas, a população criou a cultura de só buscar atendimento em saúde quando sente algum mal-estar, esquecendo de se

atentar as doenças silenciosas denominadas crônicas, as quais se tratadas por meio de métodos preventivos poderiam evitar o desenvolvimento de problemas agudos ocasionados por essas doenças crônicas.

Tendo como referência que do total de 236 usuários classificados como azul pelo ACR do PS da pediatria do HRC, 210 não receberam atendimento médico, destes 45 decidiram buscar atendimento em outras unidades de saúde e 158 usuários não buscaram nenhum outro tipo de assistência em lugar algum, ficando assim desprovidos de atendimento pelo serviço de saúde, a pactuação entre o HRC e os CSC's possibilitaria a contra-referência com garantia de atendimento médico sem prejuízos ao fluxo de atendimento nos CSC, visto que 236 divididos igualmente nos 11 Centros de Saúde ativos na regional da Ceilândia teríamos em média 22 usuários por CS, que distribuídos pelos dias de funcionamento dos CS que é em média 22 por mês teríamos 1 usuário encaminhados por dia por CS, ou seja cada CS receberia em média de um paciente referenciado por dia, tendo dias nos quais poderia receber mais de um ou nenhum, sendo assim haveria a criação de duas ou três vagas reservadas a usuários referenciados. Os usuários que pertencessem a outras regionais, receberiam um formulário no qual constasse que ele buscou atendimento no HRC e seria orientados a buscar o CSC de referência de sua residência, para que ao apresentar o formulário pudesse ser agendado nas vagas reservadas para casos referenciados daquele CSC, ou enquanto não houvesse uma pactuação nas outras regionais, poderia separar um Centro de Saúde da Regional da Ceilândia que tivesse a menor cobertura populacional para atender esses pacientes contra-referenciados pelo HRC e que são de outra regional.

Para que isso ocorra torna-se necessário a construção de pactos internos e externos para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes no fomento da rede de atenção articulando os diversos setores de atenção a saúde.

VI- Considerações Finais

Os serviços de urgência e emergência são caracterizados atualmente pelas grandes filas e longos tempos de espera por atendimento, o qual tem sido a porta de entrada ao sistema saúde, acarretando assim numa grande demanda da qual os recursos físicos, estruturais e profissionais não conseguem atender de forma integral e humanizada a toda a demanda, pois atendimentos de baixa até a alta complexidade estão se concentrando nesse tipo de assistência que é de média complexidade.

Considerando que os usuários classificados no risco azul têm uma pequena proporção, se comparado aos outros níveis de risco, mas que a resolução para o seu problema de saúde se concentra no nível da ABS e os mesmos por não serem referenciados têm que buscar atendimento em outra unidade de saúde por conta própria, 73,8% não buscam atendimento, ficando desprovidos de qualquer assistência em saúde o que demonstra que o modelo de atenção é voltado para condições agudas.

Uma forma de diminuir a demanda nessas unidades de saúde e garantir uma assistência aos usuários classificados como risco azul que são os que têm menos garantia de atendimento atualmente, seria que esses usuários fossem encaminhados para os Centros de Saúde, que são os estabelecimentos que estão equipados e preparados para atendê-los de forma adequada, porém para que isso possa ocorrer é necessário que se tenha uma articulação entre os serviços e os níveis de complexidade, para assim poder contra-referenciar esses usuários classificados como azuis para a Atenção Básica de Saúde com garantia de atendimento e resolução ao problema de saúde.

A resistência dos profissionais de saúde em aceitar essa contra-referência se sustenta no risco de os pronto-socorros serem procurados pelos usuários classificados como risco azul como forma de conseguir atendimento garantido no CS, para que isso não ocorra é necessário que se fortaleça a Atenção Básica de Saúde (ABS) como a base ordenadora de todos os outros níveis de saúde, pois se a

base do sistema de saúde estiver firme e trabalhando com a prevenção e promoção da saúde na comunidade haverá uma redução considerável no desenvolvimento de doenças agudas que são tratadas nos níveis de média e alta complexidade, desafogando assim os pronto-socorros de urgência e emergência.

Para o êxito no modelo de atenção à saúde voltado para as doenças crônicas é necessário se ter a ABS como a base do sistema de saúde e que nesse nível de atenção se desenvolva um vínculo do serviço com a população que são o alvo de todo o trabalho, ressaltando sempre o CS como a porta de entrada para a assistência a saúde.

Como forma de desenvolver uma atenção à saúde a essa população desprovida de assistência e visando diminuir a superlotação nos Pronto-socorros, a contra referência desses usuários classificados como azul representaria uma baixa magnitude para os CS, a medida que receberia em média 1 usuário contra-referenciado por dia.

Na perspectiva de realizar a pactuação entre o PS pediátrico do HRC e a ABS como um projeto piloto temos certeza que as crianças classificadas com nível de risco azul representariam uma pequena demanda, ou seja, em média 1 usuário contra-referenciado por dia, assim poderíamos começar com eles não colocando dessa forma uma pressão por alta demanda sobre o sistema de ABS o que proporcionará um teste de todos os passos necessários para a concretização dessa estratégia e será a garantia de acolhimento dos azuis no seu CS de referência até o dia seguinte da passagem pelo PS, ofertando dessa forma atendimento a uma população desassistida de atenção em saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM Nº 2.048/GM, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS avanços e desafios. Brasília Conass, 2006 - cap. 4 (disponível em <http://www.conass.org.br>)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000472.pdf>, acessado em 09/09/2012)

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde, 2012. (disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=2821; acessado em: 17/08/2012)

CARNEIRO et al. Perfil do Acolhimento por classificação de risco em emergência pediátrica do DF. Anais da 62ª Reunião Anual da SBPC, 2010.

CECÍLIO, OLIVEIRA, L. C. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997

FRATINI J.R.G., SAUPE R., MASSAROLI. **A Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde.** Revista Ciências e Cuidados em Saúde, 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072

GDF - SES-DF. Mais da metade dos atendimentos nas emergências não é grave. 2012. (disponível em: http://www.saude.df.gov.br/003/00301015.asp?ttCD_CHAVE=166516; acessado em 12/04/2012)

GDF - SES-DF. Projeto de Acolhimento: Plano de Implementação da Política de Humanização na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2011 (disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=13224#; acessado em 27/03/2012)

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: 2011.

Anexos

ANEXO I – Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco do Pronto Socorro da Pediatria do Hospital Regional da Ceilândia.

Nível 1 – Vermelho

Emergência

Atendimento médico imediato ou em até 15 minutos

Parada cardíaca e/ou parada respiratória; Sinais vitais ausentes ou instáveis.
Traumas graves (fratura exposta, TCE, atropelamentos, etc), hemorragia intensa e ativa; Lesão por frio intenso (hipotermia). Queimaduras extensas e profundas. São atendidas pela equipe da cirurgia!
Hipotensão, palidez acentuada, pele fria, sudorese taquicardia ou bradicardia, Toxemia
Dor abdominal com sinais vitais alterados: hipotensão, taquicardia e febre.
Desidratação grave (letargia, boca muito seca, olhos muito encovados, fontanela muito deprimida, pulso fino, prega cutânea se desfaz muito lentamente > 10 seg).
Temperatura > 38,5°C em pacientes imunodeprimidos (Aids, leucoses, quimioterapia, transplantados) Febre > 40°C em qualquer idade.
Insuficiência respiratória (incapacidade de falar, cianose, letargia, dispnéia extrema ou fadiga muscular, obstrução de via aérea, Saturação < 90%)
Convulsão em atividade, pós-ictal; Inconsciência /desmaios.
Distúrbios Metabólicos (hipoglicemia/hiperglicemia). Dosar glicemia capilar!
Intoxicação exógena (ingestão de produtos químicos, drogas)
Neonato: toda criança < 7 dias devida, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas e sepse.

Hemorragia digestiva volumosa, melena com instabilidade hemodinâmica, hemoptise franca, epistaxe com PA alterada.
Anafilaxia: com sintomas respiratórios, ou sensação que a garganta está fechando, edema de glote, sinais vitais instáveis.
Paciente com anemia falciforme: palidez, hipotensão, suspeita de seqüestro esplênico.

Nível 2 – Amarelo

Urgência

Avaliação médica em até 30 minutos

Sinais Vitais instáveis
Diarréia e vômito associado com desidratação moderada sem vômitos (atenção: iniciar TRO!)
Temperatura axilar igual ou maior que 38°C em crianças < 3meses
Febre >39°C e <40°C em qualquer idade
Paciente com anemia falciforme em crise dolorosa, edema de mãos e pés, ou dor torácica
História de diabetes mellitus (com glicemia > 300 ou menor que 50mg/dl, desidratação acentuada, vômito e dor abdominal)
Ingestão de corpo estranho; Corpo estranho nariz e /ou ouvido.
Traumas moderados (Queda, TCE, mordeduras, etc); Queimaduras moderadas (2 ^o e 3 ^o graus) Deverão ser encaminhadas à cirurgia.
Dispnéia / taquipnéia, com uso de musculatura acessória, saturação de O ₂ entre 92-94%, broncoespasmo e suspeita de broncoaspiração
Hemorragia digestiva: sangramento não atual >24horas, (sinais vitais normais).

Agressão física / violência doméstica
Dor torácica localizada, em pontada, que piora com a respiração profunda.
Dores abdominais aguda, moderadas, distensão abdominal, retenção urinária, associada à febre e prostração.
Convulsão: pós-comicial, alerta, sinais vitais normais, epilepsia prévia e crise nas 24 horas, ou primeiro episódio (curto), desmaio nas últimas 6 horas
Varicela (ver possibilidade de isolamento enquanto aguarda)
Dor articular intensa, com impotência funcional.
Urticária ou prurido intenso

Nível 3 – Verde

Menor urgência

Avaliação médica em até uma hora

Febre: temperatura axilar entre 37,8°C e 38,5°C
Sintomas gripais: dor de garganta intensa, dor de ouvido, tosse produtiva, rinorréia purulenta, mialgia.
Miíase com infestação intensa
Dor abdominal aguda, moderada, com sinais vitais normais e ausência de prostração e toxemia
Dor torácica não aguda, moderada e sem dispnéia.
Queixas relacionadas ao sistema urinário
Cefaléia: não intensa, não súbita, com sinais vitais normais.
Hipoatividade sem alterações de sinais vitais

Queimaduras de 1º grau, <10% de área não crítica. Deverá ser encaminhado à cirurgia.
Trauma menor (> 6 horas e <10 dias): torções, contusões. Deverá ser encaminhado à ortopedia
Situações especiais: <ul style="list-style-type: none"> • RN entre 8 – 29 dias com queixas clínicas; • Deficiente físico; • Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica; • Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica;
Irritação ou hiperemia ocular;
Prurido cutâneo leve;

Nível 4 – Azul

Não urgente

Avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outro centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Assadura
Problemas / queixas crônicas há mais de 30 dias
Intervenções de enfermagem (limpeza, imunização, curativo, orientações, etc).
Resultado de exames
Solicitação de exames
Troca de receitas

Mordedura leve e arranhaduras
Pediculose
Inapetência
Escabiose
Dor leve
Sintomas gripais: coriza; dor de garganta, sem sinais respiratórios.
Constipação intestinal
Vômito ou diarreia: sem desidratação, estado mental normal, sinais vitais normais.
Dor abdominal recorrente

ANEXO II – Comprovante do Protocolo de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 175/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 13 de junho de 2012.

Ilmoº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): **HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA (com vistas à Chefia da Unidade de Pediatria) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 126/2012 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE NO DF: DESAFIOS EM RELAÇÃO À COORDENAÇÃO DE CUIDADOS E AO FOMENTO DA ATENÇÃO REDE** encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 13/06/2012

Validade do parecer: 13/06/2014

Pesquisador responsável e telefone: JOSÉ ANTÔNIO ITURRI DE LA MATA – (61) 9288-4487

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 175/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 126/2012 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE NO DF: DESAFIOS EM RELAÇÃO À COORDENAÇÃO DE CUIDADOS E AO FOMENTO DA ATENÇÃO REDE.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 13/06/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 13 de junho de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE